

## 第12回国際サイコネフロロジー学会のトピックスから

春木 繁一

### 1 はじめに

去る2000年6月2, 3日の2日間、横浜市のヨコハマシンポジアにおいて、第12回国際サイコネフロロジー学会が開催された。この学会は2年に1回開催される国際学会で、これまではNorman B. Levy会長の指導のもとでアメリカ国内各地で開催されてきた。今回は、Levy会長からちょうど1年前に急な依頼があり日本で開催することになった。例年は3日間にわたる学会であるが、今回は予算の関係から2日間とせざるをえなかった。

プログラムは、初日を透析関連演題を中心に、2日目を一般演題と腎移植関連演題を中心に区別して、透析関係者と腎移植関係者がそれぞれ1日だけでも参加しやすいように配慮をした。

本稿では、初日の透析関連演題からのトピックスを選んでご紹介したい。

### 2 特別招待講演 1

「血液透析患者における抑うつと生存」  
(Depression and Survival in Hemodialysis Patients) Paul L. Kimmel, MD, George Washington University

透析患者の死亡率を上げるリスクファクターについては身体医学的にはよくわかっている。が、心理社会的因子についてはまだよくわかっていない。1つの因子である「抑うつ」(depression)は死亡率を左右することは知られている。とはいっても、過去の研究でそれがはっきりと証明されたわけではない。

ワシントン市内の3つの透析施設の協力を得て約

300人の患者で「抑うつ」に関する調査研究(a prospective cohort study with longitudinal follow-up)を行った。2年間6カ月ごとにBeck Depression Inventory (BDI), 年齢, 血清アルブミン値, Kt/V, protein catabolic rate (PCR)を測定した。対象にはアフリカ系アメリカ人が多く、男性が女性よりも多い。平均年齢は55歳。40%が糖尿病患者であった。平均アルブミン値は3.8。Kt/Vは1.2。アメリカの透析患者としては平均的なデータである。BDIは11.4。軽度うつ状態をやや上回る程度であった。むしろ、かなり適応性がある。社会的サポートや自身の疾病に対するイメージが生存率の違いに関係しているようであった。BDIと生存率は直接相関していなかった。

透析患者を1回調査してなにかをいうのは間違っている。結局、3年間で6回調査を行った。そうすると統計学的に有意差が出る。時期を変えて調査を続けると、うつ状態と死亡率は関係していた。BDIが10点以上あれば、生存期間が短いといえた。

もう1つ婚姻状態によっても生存率は影響を受けている。特に女性のグループではうつの点数とインターロイキン1, ベータエンドルフィンの値に関して、死因と関係している。同時にこれらは婚姻状態とも相関していた。男性については、そのような結果は出ていない。結婚に満足している女性は不満な女性あるいは男性一般よりも生存期間はずっと長くなっている。

うつ状態にある患者がグループ治療に参加した場合、参加しなかったグループよりも生存率はずっと長くなっている。うつに対する集団精神療法が生存率を改善した。一方で、抗うつ薬のいいものが出ているが、それ

らが本当に透析患者に効果があるのかについては確証がない。今後の研究課題である。

ニューヨークのある新聞に、アメリカの透析患者の死亡率が非常に高いという記事が載った。日本ではアメリカに比べて、半数以下になっている。なぜ低いのか？ どうも透析技術の違いではなくて、家族の役割の違い、家族のあり方の違い、家族のサポートの違いがありはしないかと思っている。

2010年には「抑うつ」は心臓病について死因の2番目になるだろうと予測されている。腎不全のほかにもう1つ病気を持てば「抑うつ」の頻度は高くなる。ネフロロジストによって「抑うつ」が軽視されていないか？ 私の経験ではほかの身体症状や病態と比べて軽視されていると思う。事実、軽視されやすい。

### 3 特別招待講演 2

#### 「35年間にわたる末期腎不全の心理的インパクト」 (The Psychological Impact of 35 years with ESRD) Peter A. Lundin, State University, New York

残念ながら Lundin 先生は日本には来れなかった。が、前日までの筆者（春木）とのメールのやりとりによって、彼の聴衆に伝えたい内容は筆者と栗原幸江さん（在ニューヨーク、MSW）の代読によって十分に伝わった。むしろ彼が壇上にいないことがこの spiritual な内容を理解するのに思わぬ効果をもたらした。

Lundin 先生の強い意志、継続した努力、そしてなによりも奥様の献身的な協力が透析生活 35 年を実現させたと思われる。

筆者は彼と京都での第4回国際人工臓器学会（the 4th Meeting of International Society for Artificial Organs, November 14-17, 1983）で初めて会った。タイトルは「The Doctor as a Patient Undergoing Uremia Therapy」というワークショップだったと記憶している。彼との往復の X-u のやりとりと彼の置かれた状況を以下に記載してみる。

2000年3月8日の手紙：「私の健康が急速に衰えています。日本に行けるかどうか自信がなくなってきました。4月末までには返事をしたいのですが……」。

4月28日：「私は元気になってきましたが、妻の健康状態が非常によくありません。6月に日本へ行けるかどうか」。

5月2日：「妻の生命はあといくばくかと思われる状態です。とにかく原稿をメールで送ります。みなさんからの励ましをありがたく思います。おかげで力づけられています」。

私が先に死んで、妻が私を看取ってくれるものと思ってきました。彼女を失う苦しみには私はどうも耐えられないと思います。考えてみると、医学部の生活そしてその後も常に彼女の愛に支えられてきました。彼女が意識を取り戻してもう一度元気になってくれたらいいと思いますが、ちょっとそれはむつかしいかもしれません。眼をさましている彼女を目の当たりにすることはもっと苦しいかもしれません。昏睡状態でいてほっとする面もあります。今となっては奇跡のみが彼女を救うことができます。私はその奇跡を祈っています」。

5月14日：「昨日彼女を自宅に連れて帰りました。浮腫がひどくて玄関のステップを上げるのに苦労しました。隣人が助けを出してくれました。素晴らしい隣人に恵まれて、しかし今後の苦しい生活を覚悟しないといけません。彼女の妹が来てくれて栄養士として援助してくれます」。

春木先生とアメリカではなくて、日本でお会いすることを愉しみにしてきましたが、妻の健康がそれを許しません。

私は22歳、1966年に発病した。1963年から具合は悪かった。しかし、私自身は知らなかった。当時16歳で蛋白尿。18歳で夜間頻尿。やがて呼吸困難、朝の吐き気、起座呼吸。1966年初めには入院。当時私は医学部進学を希望していた。医学を一生の仕事にしたい、と。家族は病気のことを知っていたが、私はなにも知らされていなかった。自分が住んでいる地域では透析はまだ行われてはいなかった。腎移植は入院している病院でも行われていたが、身内にドナーがいなかった。でも医師になりたいと思い続けていた。父がシアトルに家庭透析を訓練する施設があると聞いてきた。

今日こうして生きているのは父のおかげである。父は2万ドルを払ってこのプログラムに入れてくれた。「どんなことがあってもやりとげよう」と思った。「とにかく生き続けるだけだ」と。抑うつや怒り、不安、なぜ自分だけがという気持ちはいっさいなかった。こうした感情が生まれたのは「医学部進学は無理だ」と

のちに言われたときである。透析患者では無理だ、と考えられていた。10校のうち7校は単純に「拒絶」、面接をしてくれたのは3校であった。ある大学では「来ないのが君のためだ」と言われた。このときが一番落ち込んだときであった。透析は10時間、週3回、夜間に行った。「いちかばちか賭けてみようじゃないか」と言ってくれた人がいた。Downstate Medical Center の Eli A. Friedman 先生だった。

カリフォルニアを遠く離れてニューヨークで1人で透析をしつつ医学生としての生活を送ることもためらわなかった。チャンスを与えられたからである。マウリーンは当時の私のガールフレンドでのちに私の妻になった。常に私に気持ちを添えてくれた。

5月19日：「妻が亡くなりました。今、私は沈痛な日々を送っています。マウリーンは心の友であり、文字どおりの伴侶でした。一番の親友でした。大切な soul mate でした。もう戻ってくることはありません。私の心が和らいだとき、いかに彼女が私の人生に貢献してくれたかわかるでしょう。妻は亡くなりました。初めて私は透析を受けていることの危うさを感じています」。

#### 4 シンポジウム 1

「透析中止」

(Discontinuation of Dialysis)

1) 「透析中止—最近の日本での傾向と倫理的問題」  
(Discontinuation of Dialysis-Current trends in Japan and related ethical problems)

大平整爾

日鋼記念病院

日本では腎移植が大きい制約を受けている。一方で、透析治療はいつでも、どこでも受けることができる。最近、高齢で、重篤な合併症をかかえた患者の透析治療を始めるべきか、あるいは継続すべきかという決定を迫られることが多い。腎移植なしに「透析中止」を決定することは「死の道」につながる。医療者にとっても深刻な決定である。

この40年間、透析で延命可能になったことについては感慨がある。

1986年、Neu先生とKjellstrand先生が「長期透析の中止」という論文(Neu, S and Kjellstrand,

CM : Stopping longterm dialysis-An empirical study of withdrawal of life supporting treatment, N. Eng. J. Med. 314; 14-20, 1986)を公表した。私も1993年にポスター発表でこの問題について述べて、大きい反響があった。

1996年12月、北海道の慢性透析患者7,654名について検討を行った。このうちのわずか2例、5.9%にのみ事前指示(advanced directives)が行われていた。透析中止の105例のうち男性63(60%)、女性42(40%)で優位の差はない。意識の有無については、意識ありが66%、意識なしが34%。十分な決定能力があると認められる患者は19例、18%。だれが透析中止を決定したかについて、患者による決定は18%、19例である。さらに、口頭で前もってスタッフに伝えていた患者が10例。合計29例、28%になる。残りの72%は、家族とスタッフが一緒に決定を行った。代理者による決定でだれがイニシアチブをとったのかは不明である。おそらく家族であろう。平均年齢は男性64.7歳、女性65.2歳でほぼ65歳。このことから、透析中止は高齢者に起きる。透析困難は低血圧による。正常な透析が行えたのは22%。とはいえ、やがては行えなくなるケースが多い。105例の患者で、35%は人工呼吸器が着けられていた。IVHを必要とした患者は62%。呼吸器感染症が一番多くて、77%。透析中止の時点での透析期間は、1年未満が29.5%、1-5年が40%、5-10年が19%、10年以上が11.4%であった。5年未満の短期透析患者が70%を占めた。すでに透析開始時に重い合併症を有する高齢患者であったと推測された。中止後死亡までは5.4日で1週間より短い。

Cohenの提唱している「良い死、悪い死」(good death, bad death)をわれわれの対象者にも当てはめてみた。105例中、64名に詳細な記録があった。そのうち69%は「良い死」であったと決定できた。ほかの例では鎮痛剤を十分に使用できなかつたり、苦しい中での死になっていた。家族への影響も重要な問題である。透析中止を家族が考え直したというのが11%あった。「中止が良かったのか、悪かったのか」というジレンマに悩んでいる家族もいる。

心理的なショックを受けている看護婦もいた。こういった状況では医師も大変なストレスを受けていたであろう。

「事前指示」を書面で行う習慣は日本にはない。アメリカと日本では医師の倫理的立場にも大きい違いがある。アメリカには道徳的個人主義があるが、日本には基礎となるべき原則、ルールがない。「自らの意思に基づく医療」は今後考えていくべき課題である。

2) 「透析中止をせざるをえない患者の増加—尿毒症末期で透析を必要とし、末期がんの告知を行ったケースについて」

(Increase in uremic patients in which dialysis therapy should be discontinued. A case study of the patient required dialysis for end stage uremia and the notification of fatal cancer at the same time.)

伊藤 晃

名古屋増子記念病院

患者は69歳の女性。1987年に膜性腎症の診断を受けている。1992年横行結腸がんで手術を受けた。がんの手術は成功した。このときにはがんの告知を受けていない。1993年12月のがん再発までは順調に経過した。再発は転移性病巣が肺にもあった。外科的治療は無理であった。このときに「残りの生命は2年くらい」と告知。本人が化学療法は拒否したので行わなかった。突然、腎機能が低下したため、透析療法を開始した。

この女性は複雑な家庭病理を抱えていた。夫はすでに死亡。長男は拡張型心筋症のため入院中で予後は不良。次男は身体障害者で無職。一家は長男の妻の収入で生活していた。夫亡きあと彼女が一家を支えてきたが、長男とは不仲、一方患者は次男を溺愛してきた。親族とは疎遠。長い歴史のある未解決の家族内葛藤が存在した。患者は残り約2年と告げられた。いっさいの治療は拒否したが、透析を受けることは同意した。予想の時期よりも早く透析が始まったことで、患者は怒りをスタッフにぶつけた。医療不信が強まった。攻撃、敵意。その裏には未解決の家族内葛藤が影を落としていた。「せめて彼女が生きている間に少しでも解決できないか」と医療側は考えた。スタッフの間で役割が決められた。まず、長男との面会を実現した。「心置きなく死ぬる」と患者。次男は身体障害があっても患者のケアを続けた。「先生、ありがとうございます」。

長男は患者の死に先立つこと1カ月で死亡した。やがて患者は不眠、夜間せん妄、強い疼痛を示した。モルヒネが使用された。1995年、家族にがんの実態を伝えて透析中止。患者は長男の死後1カ月で死亡した。

今後、高齢者、悪性腫瘍で腎不全である患者をどうしていくのか問題となるであろう。また、患者のみならず家族への「いやし」も大切に考えられないといけない。その中で患者の死が迎えられることがいいと思っている。

3) 「透析中止を決定した患者の家族の感情について」

(Sentiments of a family of a patient who has decided to suspend dialysis treatment)

宇田有希

真仁会

日本でもインフォームドコンセントの必要性が90年代に入って叫ばれたが、情報開示は進んでいない。1967年に日本でも透析医療が始まった。透析を拒否する患者がいなかったわけではない。しかし、いったん導入されたら中断することは考えられなかった。大体、患者は重症となった時点で入院となる。そして、最期を病院で迎える。この症例は非常に珍しいといえる。家族の了解のもとで透析を中断するに至った経過を報告する。

65歳の男性。13年6カ月の透析歴がある。原因疾患は糖尿病である。52歳で透析に導入となった。裕福な家庭で育った。実家の土建業を継いでいた。彼の透析は緊急透析で始まった。しかも、その際に心停止後の救命を経験している。1999年3月、家族の介護疲労で入院となった。が、帰宅願望が強いために帰宅した。この頃から感染症が悪化、下肢の激痛、壊疽があった。切断は不能であった。激痛が続き、妄想が出現した。「近所の人たちが悪口を言っている。お金をだまし取られた。ババーが俺に死ぬと言った」など。「もういつ死んでもいい。覚悟はできている。だから入院はさせないでくれ」。患者は家族と離れて入院することに強い不安を持っていた。意識低下をきたすまで患者も家族も最期までの延命処置を希望しなかった。意識レベル低下で透析の継続が不可能になった。入院を説得したが、家族は「自宅で看取りたい」と。スタッ



フは戸惑う。カンファレンスを繰り返す。法的に問題がないかについても検討した。医師の速やかな対応によっていついかなるときにも責任は持つと家族に保証を与えたことで家族は自宅での「看取り」を決定した。1999年6月3日最終透析。10日後に死亡した。在宅6日間はせん妄状態であった。

クリニックだからといって、安定した患者のみを抱えていくことは今後どうであろうか？ 高齢、糖尿病、長期透析患者は「熟練」を要求している。ターミナルケア、ハイリスクケア、精神障害ケアのできる専門看護が求められている。患者と家族の意見を尊重すること。家族の介護力を冷静に評価することも大切である。揺れる患者と家族の心理状態についていき、よく見ること。不安が表出された場合には医療者の責任を明確にすること。誠意を持って対応していく姿勢、態度を保証することが重要である。絶対的な信頼関係があったこそその透析中止である。

#### 4) 「無題」

C. M. Kjellstrand

Aksys, USA

4つのテーマがある。

- a) 緊急な透析中止も透析死の一因となるという事実。
- b) 文化的な背景の違い。
- c) なぜ患者は中止するのか？
- d) 透析中止に対する非宗教的で倫理的なアプローチの必要性。

西欧諸国では「死」すなわち「透析中止による死」が死因の第2位になっている。感染症を超えてである。80年代初めまでは経験しなかった。3例に出会ったことが最初の経験である。その後20年間にわたって調査を行った。1,766例中、704例が死亡している。そのうち155例で透析中止が行われていた。9%であった。死亡率に占める割合は22%であった。近年は明らかに「透析中止」が増えている。22%くらいになってきた。アルバカーキーでの報告では60%が中止による死亡といわれている。ニューキャッスル（イングランド）でも増えている。ミネソタでは中止を死因としては報告していなかったの、統計上低く出ている。数字がスタートすると、20%という数字が出ている。カナダ、オーストラリアも10数%であ

る。ヨーロッパでは数字は低い。日本では大変に低い。主要な透析施設では年々高くなる傾向にある。EDTAの報告では3-4%にしかなっていない。どうも事実を隠す傾向がある。

1982年に40例の死亡例について検討し、22例は自殺、中止、事故であった。21例は心停止となっていた。すべての例で最後は心停止となる。むしろなぜ中止と報告できなかったのかについて取り上げたい。

医師はこのテーマについて怖じ気づいている。医師としては死を怖れる。中止を発表すれば恥になると考えている。非難の手紙や、殺すぞという電話がある。死が最終的な勝者になったことを認めたくない。また、訴訟を起こされたくもない。宗教的、社会的規範ではどうなのかという問題もある。医師はあらゆる職業の中でいちばん死に対して怖れを抱いている職業である。死刑囚よりも怖れている。「すべての手をつくさなかった」という非難がある。透析中止はしないとやっているほうが都合がよい。が、透析中止はない、と言っている場合対処のしようがない。実際にはそういうケースがあったとしても、である。

各国の宗教的背景でこの問題への対応は異なる。白人のほうが黒人よりも中止例は3倍。高齢者ほど高率である。高齢、糖尿病、家庭透析、白人、衰弱性疾患、離婚、介護ホームに居ること、配偶者に先立たれた人、強い疼痛などがキーワードである。宗教的なことで例をあげれば、エジプト、イスラエルでは自殺とみなされるであろう。カソリック圏でも自殺とされるであろう。キリスト教国では「死ぬ権利がある」という。宗教的なことを超えて倫理社会的なシステムが必要である。

#### 5) 「透析中止後の“良い死”の保証」

(The Promise of a Good Death following Dialysis Discontinuation)

Lewis M. Cohen, MD, Baystate Medical Center, Springfield, MA, USA

国によって透析中止の率はさまざまに異なる。アメリカではますます一般化の傾向にある。

8つの透析施設で調査を行った。透析中止後の「死の質」(Quality of Dying)についての調査である。インタビューと最後の24時間についてのデータを集めた。方法はDDQOD (the Dialysis Discontinuing

Quality of Dying) score による。131人の透析中止による死亡例中、49人、39%はインタビューするには遅すぎてできなかった。79人、60%は本人および/あるいは家族にインタビューできた。3人、2%は参加を拒否した。女性が54人、59%、男性は25人、32%。平均年齢は70歳。平均透析期間は34カ月。死は中止後平均8.2日で訪れている。センター透析80%、在宅2%。白人60人、黒人14人、ヒスパニック4人、アジア人1人。透析中止の理由は半分が痛み、あとは苦しさ、呼吸困難。もし十分な緩和ケアがあれば、もっと楽になったはず。92%の患者において、看護婦は見ていて中止したほうが良いと思った。10%は中止後2日間生きた。36日ないし40日生きた人も5人いた。

結果であるが、「大変良い死」(very good death)が38%、「良い死」(good death)は47%、「悪い死」(bad death)が15%であった。8人に1人が「悪い死」であった。こうしたケースでは最後の24時間に痛み、動揺、混乱をきたしていた。おそらくは今後は是正可能だと思う。現在アメリカではそのためのガイドラインを作ろうとしている。「死はさけられない」ものである。死が本人にも、家族にも受け入れられるようにしていくことが重要である。透析医療の中にももっと緩和ケアを組み込んでいくようにわれわれは努力している。

さらにわれわれは「亡くなった方々の追悼サービス」への招待状を家族全員に送っている。追悼の行事はスタッフと家族を再び結び付ける行事である。「患者がどのような亡くなり方をしたのか」は大切なことである。

#### 6) 「透析中止問題における抑うつと自殺」

(Depression and Suicide in Dialysis Discontinuation)

Norman B. Levy, MD

Coney Island Hospital, NY, USA

アメリカとカナダの8つの透析施設で prospective study を行った。構造的面接を23人の患者および76の家族に対して行った。

大うつ病は患者と家族の陳述で調査、検出できた。透析中止の決定は「自殺」と等しいことなのかどうか、あるいは家族歴に自殺があるかどうかについての質問も行った。

ただ1人の患者が大うつ病を持っていると答えた。23人中2人、9%が「透析中止は自殺だと思う」と答えた。1人、4%は「どちらかわからない」と答え、23人中20人、87%は「そう思わない」と回答した。家族の回答もほぼ似たものであった。14%の家族に自殺歴があった。大多数の患者と家族は透析中止を「自殺」とは捉えていなかった。

#### 7) 「医師の役割と家族あるいは保護者の役割に焦点を当てたアドバンスケアプランプロセスの必要性」

(The Implicance of the Advance Care Planning with a Focus on the Roles of the Physician and the Family/Surrogates.)

Jean L. Holly, MD

Rochester, NY, USA

なかなか実行されないが、「書面による事前指示」(written advance directives) がきちんと実行されれば、患者中心の、そして家族中心の医療が医療スタッフと共有できるはずである。その人のいざというときのために一生の医療計画をあらかじめ立てておくことが行われれば、末期医療はより効果的に、適切に行われるであろう。そのためには医療スタッフとのコミュニケーションが大切であるし、医師-患者関係も良好なものでありたい。もちろん、ケアプランには医療者の希望も取り入れられることが大切である。

## 5 最後に

多くの団体、個人の御協力で非力な筆者が無事にこの学会を開催できたことについて、あらためて心から御礼を申しあげたい。各方面からの物心両面の応援に深く感謝したい。

これを機に日本でもこの領域(サイコネフロジー)への関心が広がっていくことを強く願っている。